Rok XLVI. Kraków, dnia 28 września 1907. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O t. zw. wyroślach gruczołowatych w jamie nosogardłowej na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi.

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Rzecz wygłoszona na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w dniu 23. lipca 1907 r.)

Szanowni Panowie! Jeżeli zabieram po raz trzeci głos w sprawie t. zw. wyrośli gruczołowatych w jamie nosogardłowej, a właściwiej przerostu migdałka gardłowego czyli Luschki — cierpienia tak doskonale między innymi u nas opracowanego przez ś. p. Wróblewskiego, oraz Dmochowskiego, ostatnio zaś przez Gradeniga z Turynu (1901), to czynię to tylko ze względu na niezwykłą ważność sprawy. Mam mianowicie zamiar, opierając się na bardzo znacznym materyale własnym (blizko 2000 wogóle przypadków tego cierpienia), zwłaszcza operacyjnym (przeszło 1000 przyp.), zwrócić uwagę Sz. Panów na pewne szczegóły, aczkolwiek niezupełnie nowe, to jednakże może nie dość jeszcze uwzględniane, jak na to zasługują ze względu na swoją niezmierną doniosłość praktyczną, tem więcej, że od epokowej pracy Meyera z Kopenhagi (1873) ojca wyrośli gruczołowatych upływa lat 35, a więc okres dostateczny czasu do wyrobienia sobie jasnego pojęcia na istotę tej sprawy chorobowej, oraz na jej stosunek do ogólnych zaburzeń ustroju.

Wiadomem jest powszechnie, jak częstem jest to cierpienie: na ogólną cyfrę przeszło 21,000 chorych, zasięgających mojej porady w lecznicy, jakoteż w prywatnej praktyce w ciągu lat 17 mam zanotowanych 1995 przyp. mniej lub więcej znacznych wyrośli gruczołowatych w jamie nosogardłowej, co stanowi 9,5%. Kafemann, oraz Cohn podają mniej więcej analogiczne cyfry (7,8%, oraz 9%), Wróblewski u nas nieco mniejsze (7%), oraz Gradenigo u uczącej się młodzieży 5%, wreszcie Schmiegelow podaje 5% znaczniejszych, oraz 13% mniejszych przerostów migdałka gardłowego, zaś Gradenigo na podstawie zebranych u różnych autorów statystyk 10—20%. Odnośnie do wieku cyfry moje przedstawiają się w sposób następujący:

do 5.	roku	życia	było	235	przypadków
od 5. do 10.	»	»	»	626	»
od 10. do 20.	»	»	»	1,001	»
od 20. do 30.	»	»	»	84	»
od 30. do 40.	»	»	»	42	»
powyżej 40.	»	»	»	7	»
			Razem	1,995	przypadków,

wreszcie czyli że cierpienie to najczęściej zdarza się między 10. a 20. rokiem, oraz 5. i 10., następnie zaś poniżej 5. roku życia, po 20. natomiast, a zwłaszcza 40. rokiem cierpienie to zdarza się wyjątkowo tylko (7 przyp. na 1,995). Cyfry moje mniej więcej zgadzają się z podanemi ostatniemi czasy przez Spragua z Ameryki, natomiast Kafemann spostrzegał to cierpienie najczęściej między 6. a 10. rokiem życia.

Najmłodsza z moich pacyentek z wyroślami gruczołowatemi liczyła 3 miesiące; dowodziłoby to wrodzonego charakteru cierpienia. Casabianca, który świeżo (1905) obrał sobie za przedmiot do rozprawy inauguracyjnej wyrośle gruczołowate u osesków, dowodzi, że zdarzają się one często, utrudniając oddechanie i ssanie, oraz powodując u nich częste ropienia uszne ze skłonnością do zajęcia wyrostka sutkowego, oraz przejściem na opony mózgowe *(meningitis)*.

Co się tyczy płci, to pod tym względem nie udało mi się stwierdzić różnic wybitnych, zaledwie małoznacząca nadwyżka była po stronie męzkiej (1,015 na 980 kobiet).

Etyologia. Gradenigo zwraca uwagę na częstość występowania wyrośli gruczołowatych u dzieci, u których rodziców istniały cierpienia ogólne, jakoto gruźlica lub przymiot; natomiast autor ten nie uznaje związku przyczynowego między wyroślami gruczołowatemi z jednej, a zołzami z drugiej strony, z czem znowu ja się nie zgadzam. W większości moich przypadków zarówno rodzice, jakoteż i osobniki, dotknięte wyroślami gruczołowatemi przedstawiały typowe objawy zołzów.

Odnośnie do dziedziczności wykazały moje specyalnie w tym kierunku przeprowadzone badania: obecność wyrośli gruczołowatych u jednego, lub obojga rodziców w przyp. 32, u 2 rodzeństwa 126, u 3 — 28, a wreszcie u 4 — 12 razy.

Cierpienia zakaźne ostre zdają się wpływać na powstawanie tego cierpienia, tak przynajmniej możnaby sądzić z danych odnośnych Spragua, który spostrzegał występowanie wyrośli gruczołowatych 5 razy po błonicy i płonicy, 7 po odrze, wreszcie raz po przyusznicy *(parotitis epidemica)*. Klimat nadmorski ma wpływać też ujemnie według Körnera na powstawanie wyrośli gruczołowatych; związek tych ostatnich z obrzękiem śluzakowym *(myxoedema)*, jak to mianowicie utrzymuje Kertague, nie jest dowiedziony, natomiast z gruźlicą stwierdzony został niezbicie przez odnośne badania anatomo-patologiczne Suchaneka, Lermoyeza, a u nas Dmochowskiego.

Przechodzę obecnie do krytycznego zestawienia objawów, zarówno miejscowych, jakoteż i ogólnych zależnych od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie noso-

gardłowej. Do tych ostatnich według Gradenigo należą przedewszystkiem zaburzenia ogólne, zależne od niedostatecznego utlenienia krwi *(hypoxyhaemia)* wskutek oddechania z ustami otwartemi; tu należą więc słaby rozwój fizyczny — wogóle mniej lub więcej nędzny stan ogólny, który się szybko poprawia po usunięciu przyczyny t. j. wyrośli gruczołowatych, jak to było n. p. w przyp. Castexa i Malherbea, a co i ja niejednokrotnie u swoich chorych miałem możność stwierdzić, oraz niepojętność umysłowa t. zw. *aprosexia nasalis* t. j. niezdolność skupienia uwagi na dany przedmiot, na co po raz pierwszy zwrócił uwagę Guy z Amsterdamu; ten ostatni objaw niezwykle często spostrzegałem u swoich chorych, zwłaszcza uczącej się młodzieży i z powodzeniem operowałem: mianowicie na 1,995 przyp. 864 razy, co stanowi przeszło 43%, w tem typowych idyotów 21. Karutz podaje o wiele większy odsetek, mianowicie 70%. Brühl z Berlina specyalnie zajmując się badaniem idyotów znalazł w 75% wyrośle gruczołowate. Tu też według niektórych autorów (Major, Ziem), należy zaliczyć cały szereg t. zw. nerwic zwrotnych, jako to nocne strachanie się *(pavor nocturnus)*, moczenie mimowolne *(enuresis nocturnae)*, dychawica i t. d. związane n. p. według Gradenigoa z niedostateczną hematozą *(hypoxyhaemia)*.

Ważną jest rzeczą, na co niedawno zwrócił uwagę Sprague, a co i ja na podstawie własnego doświadczenia mogę potwierdzić, że wiele z t. zw. gorączek skrytych, zagadkowych u dzieci małych (poniżej lat 8) zależy prawdopodobnie od spraw zapalnych ostrych przerosłego migdałka gardłowego.

Do pewnego stopnia w związku z poprzednimi znajdują się objawy miejscowe zależne od niedostatecznej ilości wdechanego przez usta powietrza, warunkowane również niedrożnością nosa; a więc przedewszystkiem należą tu: niedorozwój górnej szczęki, oraz klatki piersiowej i kręgosłupa, jak to mianowicie wykazali Koerner i Waldow, oraz Arbuthnotlane, wreszcie Ziem, *facies adenoidea, leptoprosopia* t. zw. wązka wysoka twarz (Siebenmann).

Niedrożność nosa, oraz oddechanie ustami, co ma miejsce według Sprągua w 50%, sprowadzają też nieżyty dróg oddechowych wskutek drażniących własności wdechanego powietrza, oraz zwiększenie i zatrzymywanie się wydzieliny w jamie nosogardłowej. Najczęściej, gdyż w 702 na 1,995 przyp. spostrzegałem przerost jednoczesny muszel nosowych przeważnie dolnych, oraz migdałków podniebiennych wzgl. językowego (570 razy), wreszcie granulacyę na tylnej ścianie gardzieli. Jednem słowem, jak to widzimy bardzo często mamy do czynienia z zajęciem t. j. przerostem całego t. zw. pierścienia chłonnego gardłowego Waldeyera. (Dok. nąst.)

O jadzie błoniczym.

Przez

Dra R. Nitscha.

(Dokończenie).

Na tem jednakże nie koniec. Bordet nie zgadza się ani z zapatrywaniem Ehrlicha na tę sprawę, ani ze zdaniem Arrheniusa i Madsena. Tak jak Arrhenius i Madsen nie uznaje on obecności toksonów, ale nie uznaje też i ważności prawa Guldberga i Waagego dla połączenia jadu błoniczego z antytoksyną. Zdaniem Bordeta składa się każda drobina jadu błoniczego z jednej grupy toksycznej i z kilku co najmniej grup chwytnych. Jeżeli zatem do pewnej ilości jadu błoniczego dodamy pewną ilość antytoksyny niedostateczną do zupełnego zobojętnienia, to owa antytoksyna łączy się ze wszystkiemi drobinami toksyn, ale tylko z 1 lub n. p. 2 jej grupami chwytnemi, w miarę ilości antytoksyny. Tak więc w mieszaninie będzie cała ilość toksyny zobojętnioną, ale tylko częściowo, bo w każdej jej drobinie pozostaną jeszcze niezajęte grupy chwytne. Takie częściowo zobojętnione toksyny wywierają na ustrój zmienione działanie, przypisywane przez Ehrlicha toksonom. Wynika z tego, że według Bordeta połączenia toksyny z antytoksyną mogą być bardzo różne, że nie łączą się one z sobą w stałych i niezmiennych proporcyach (jak to przypuszcza Ehrlich), t. j. tak, że n. p. ilość T toksyn łączyć się może tylko i wyłącznie z ilością A antytoksyny (TA). Według Bordeta toksyna łączyć się może z antytoksyną w bardzo różnych stosunkach n. p. TA^1, TA^2, TA^3, TA^4, TA^5. Każde z tych połączeń będzie miało inne własności, zależnie od ilości antytoksyny w jego skład wchodzącej. N. p. połączenia TA^1, TA^2, zawierające najmniej antytoksyny, mogą mieć jeszcze wyraźnie toksyczne działanie, ale już zmodyfikowane, nie takie, jak czysta toksyna (T) (Ehrlichowskie toksony). Połączenia zaś TA^4, TA^5 mogą nie okazywać już ani śladu toksycznego działania, ponieważ zawierają najwięcej antytoksyny.

Przypomnijmy sobie raz jeszcze ów ogólnie znany objaw, o którym już powyżej obszerniej mówiono, a który też nazywają czasem »objawem Ehrlicha«. Jest to zjawisko, że $L_+ - L_0 > 1$ D. L. Przypatrzmy się, jak każda z trzech teoryj, o których dotąd była mowa, tłómaczy ten objaw. Ehrlich, który twierdzi, że połączenie toksyny z antytoksyną może być tylko jedno, zmuszony jest przyjąć dla wytłómaczenia go obecność toksonów. Arrhenius i Madsen twierdzą, że już w dawce L_0 (jadu) + 1 A. E. surowicy znajduje się pewna maleńka ilość toksyny zupełnie wolnej (niezwiązanej) obok takiejże ilości antytoksyny. Jeżeli potem do takiej mieszaniny dodaje się dalej jadu, aż do granicy L_+, to jad ten będzie ciągle wiązał się z ową wolną minimalną ilością antytoksyny, ciągle się na nowo wytwarzającą. Wskutek tego do osiągnienia granicy L_+ trzeba będzie dodać znacznie więcej jadu, niż 1 D. L. Wreszcie Bordet, który twierdzi, że toksyna łączy się z antytoksyną w bardzo różnych kombinacyach, ale że nigdy w połączeniu takiem nie ma wolnej toksyny, utrzymuje, iż dawka L_0 jadu + 1 A. E. surowicy, jest przykładem takiego związku jadu z antytoksyną, który jest dla zwierząt zupełnie nieszkodliwy, ale też i żadnego działania antytoksycznego nie wywiera. Jeżeli potem do takiego związku dodajemy dalej wolnego jadu aż do granicy L_+, to jad ten nie pozostanie wolnym obok tego związku, ale musi wejść w połączenie z całą jego ilością, wytwarzając nowe coraz bardziej toksyczne związki, w miarę coraz większej ilości dodawanego jadu. Wreszcie zwierzę padnie, otrzymamy dawkę L_+. Ale nie będzie to wcale dowód (według Bordeta) istnienia wolnej 1 D. L. jadu, tylko dowód tego, że otrzymany obecnie związek antytoksyny z jadem, działa już tak toksycznie na zwierzę, że w tem działaniu = dzia-

łaniu 1 D. L. wolnego jadu. Oczywiście, że w tych warunkach różnica $L_+ - L_0$ może być bardzo łatwo większą, niż 1 D. L.

Niepodobna tutaj dłużej zajmować się tą sprawą. Celem skończenia z poglądem Bordeta nadmienimy tylko, że widzi on dla swojej teoryi dość liczne analogie w nauce o odporności i na nie się powołuje. Należy tu n. p. zjawisko, zbadane dokładnie przez Eisenberga i Volka, że bakterye łączyć się mogą z bardzo różnemi ilościami aglutynin; lub zjawisko przez samego Bordeta stwierdzone, że aleksyna łączy się z bardzo różnemi ilościami antyaleksyny. Jeżelibyśmy chcieli przedstawić sobie budowę drobiny jadu błoniczego według zapatrywań Bordeta, to musielibyśmy jej dać taki kształt:

a)

lub taki n. p.:

b)

lub wreszcie taki n. p.:

c)

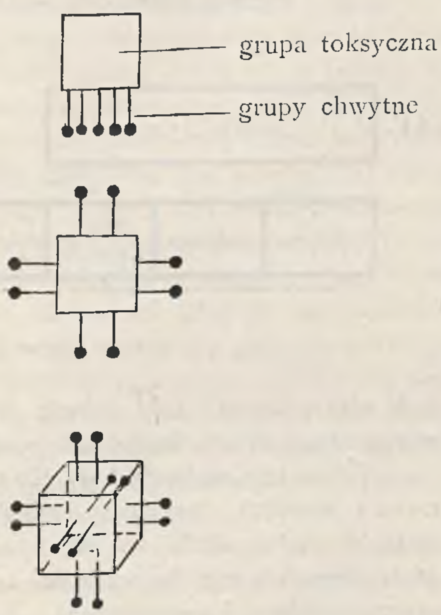


Fig. 8. Budowa toksyn według pojęć Bordeta.

Zapatrywanie zupełnie podobne do teoryi Bordeta ogłosił też niezależnie od niego Swellengrebel. Także inni badacze przyjmują dla innych jadów podobne połączenia.

Gdy według zdania Ehrlicha, Arrheniusa i Madsena i Bordeta toksyny oddziałują na antytoksyny na wzór odczynów chemicznych, to w ostatnich latach pojawiło się jeszcze inne zapatrywanie, a mianowicie że tutaj zachodzi zjawisko nie tyle chemiczne. co fizyczne, a mianowicie zjawisko t. zw. adsorpcyi. Przechodzimy temsamem do omówienia czwartej teoryi, zajmującej się połączeniem toksyn z antytoksynami, teoryi, którą możnaby nazwać kolloidalną, a której najpoważniejszym przedstawicielem jest może Nernst. Początek takiemu pojmowaniu dał Bordet jeszcze w r. 1899, przyrównując działanie toksyn na antytoksyny do działania różnych barwików na włókna roślinne. Potem wielu autorów zwracało uwagę na liczne analogie, jakie istnieją między zjawiskami odporności, właściwościami toksyn i antytoksyn, a zjawiskami adsorpcyi i własnościami kolloidów nieorganicznych i organicznych. Dzisiaj zaś nie może już ulegać wątpliwości to zapatrywanie, że tak toksyny, jak i antyksony należą do kolloidów, a zatem, że i w działaniu wzajemnem na siebie stosują się do praw rządzących kolloidami. W działaniu zaś kolloidów na siebie odgrywają zjawiska adsorbcyi wielką rolę. Są to zjawiska bardzo rozpowszechnione w przyrodzie; rozumiemy przez nie sprawy, w których następuje połączenie dwóch ciał, które chemicznie albo wcale na siebie oddziaływać nie mogą, albo tylko w nieznacznym stopniu. Za przykład takiej adsorpcyi służyć może działanie węgla zwierzęcego na barwiki. Adsorbcya tem łatwiej może się odbywać, im większą jest powierzchnia, którą się dwa ciała z sobą stykają. Dla adsorbcyi ciał w rozczynie będących przez ciała w zawiesinie pozostające, n. p. węgiel zwierzęcy, jedwab, lub jakiś kolloid, n. p. $Al(OH)_3$ znaleziono empirycznie wzór $\frac{C_1^x}{C_2} = K$. C_1 oznacza koncentracyę ciała, zadsorbowanego z rozczynu, C_2 koncentracyę ciała, pozostałego w rozczynie, (nie uległego adsorbcyi) x jest to współczynnik większy niż 1, i różny dla każdego odczynu, a K jest to t. zw. współczynnik adsorbcyi. Można też odczyn ten przedstawić w postaci linii krzywej. Jeżeli na osi rzędnych znaczyć będziemy ilość ciała zadsorbowanego, na osi odciętych ilość ciała, nie uległego adsorbcyi, to taka krzywa będzie zawsze wklęsłą wobec osi odciętych. Znaczy to, że adsorbcya z początku odczynu jest najsilniejsza, a potem coraz bardziej maleje. Otóż i odczyny między toksynami i antytoksynami mają według tych praw przebiegać. Przemawia za tem przedewszystkiem to, że jak już wspomniano tak toksyny, jak i antytoksyny mają tak wiele wspólnych cech z kolloidami, że muszą być uważane same za kolloidy. Do tych cech należy n. p. trudność przesączania i dyfuzyi przez pergamin, (choć nie zawsze: n. p. toksyna błonicza przesącza się bardzo dobrze), własności optyczne ich rozczynów, zachowanie się ich w obec elektrolitów i wobec prądu stałego, ich zachowanie się wobec kolloidów organicznych i nieorganicznych.

Z tych też powodów uważać trzeba, że sprawa łączenia się toksyn z antytoksynami, nie jest wyłącznie sprawą chemiczną ale w pierwszym rzędzie zjawiskiem adsorbcyi. Za tem przemawiają nadto jeszcze trzy okoliczności: A mianowicie pierwsze to, że wytwór odczynu toksyny z antytoksyną jest odwracalny tylko przez krótki czas po zmieszaniu tych ciał z sobą. A takie zmniejszanie się z czasem odwracalności odczynu zdarza się właśnie i specyalnie co do kolloidów dość często. Tak n. p. staje się strąt białka z rozczynów przez wyskok i przez sole, pomału nieodwracalnym. Tak samo też i strąt białka przez zagotowanie można w krótki czas potem przez oziębienie na nowo rozpuścić, poźniej już nie.

Po drugie stwierdzili Arrhenius i Madsen, że współczynniki równowagi czyli dyssocyacyi odczynu toksyn z antytoksynami z czasem dla tychsamych przetworów się zmieniają. (Owo K = 0,004—0,03, o którem była mowa). I w tem wyraża się charakter kolloidalny obu tych ciał, okazujących zjawiska starzenia się (Hysteresis) tak powszechne u kolloidów. A istotną przyczyną tego jest ogromna powierzchnia ich cząstek, łatwo się zmieniająca.

Po trzecie wreszcie, i to jest bardzo ważny objaw, zależy równowaga, powstająca po zmieszaniu pewnych części toksyn z antytoksynami od tego, czy zmieszanie to nastąpiło odrazu, czy też w pewnych odstępach czasu. Zjawisko to spostrzegł na jadzie błoniczym przed kilku laty Danysz, a potem v. Dungern. Nazywa się ono też objawem Danysza albo objawem Danysza i Dungerna. Polega

ono na tem, że jeżeli do pewnej ilości antytoksyny błoniczej dodamy pewnej wystarczającej ilości toksyny, to mieszanina ta będzie zupełnie zobojętniona i nie wywrze na zwierzęta żadnych trujących działań. Jeżeli zaś do tej samej ilości antytoksyny dodamy tylko n. p. $^3/_4$ pierwotnej ilości jadu, a potem po 24 godz. dalszą $^1/_4$ jadu, to mieszanina taka wywrze wyraźne trujące działanie na ustrój świnki. Znaczy to, że toksyna, dodana odrazu, została zupełnie zobojętniona, a dodana w dwóch porcyach nie została zobojętniona. Otóż o odczynach w systemach jednolitych (homogene Systeme) nie są znane podobne fakta. Natomiast zdarzają się dość często w odczynach kolloidów i zgadzają się z przyjęciem zjawisk adsorbcyjnych czyli powierzchniowych dla tych systemów. Albowiem, jeśli stosunki powierzchniowe jakiegoś kolloidu wskutek dodania pewnej substancyi zmieniły się do pewnego stopnia, to następny dodatek tej samej substancyi napotka tam już mniej lub więcej zmienione owe powierzchniowe stosunki i nie może tak działać na cząsteczki kolloidu, jakby zadziałało dodanie całej ilości owej substancyi do niezmienionego kolloidu.

Tak zatem i objaw Danysza przemawia za tem, że w odczynach toksyny i antytoksyny błoniczej mamy do czynienia z reakcyami kolloidów, ze zjawiskami działań powierzchniowych, adsorbcyjnych, zatem ze zjawiskami przedewszystkiem fizycznemi.

Objaw Danysza był oczywiście także przedmiotem badania zwolenników trzech teoryj chemicznych, powyżej omówionych. Tłómaczą oni go każdy na swój sposób i każdy zgodnie ze swoją teoryą. Posłuchajmy, co oni kolejno o nim mówią.

Szkoła Ehrlichowska utrzymuje, że objaw Danysza jest dowodem istnienia epitoksonoidów (v. Dungern). Epitoksonoidy zostały przyjęte przez tę szkołę właśnie wskutek poznania objawu Danysza. Przedtem szkoła Ehrlicha nic o epitoksonoidach nie wspominała. Jak wiadomo, są to składniki jadu błoniczego, nie mające żadnych trujących własności i mające najsłabsze powinowactwo do antytoksyny ze wszystkich składników jadu. Dlatego też pomija się je we wszystkich pomiarach siły surowicy lub jadu; nie są one wcale uwzględnione w dawce L_0 lub L_+ dlatego, że obecność ich niczem się nie objawia z powodu ich zupełnej nieszkodliwości. I trzeba było dopiero odkrycia objawu Danysza, aby stwierdzić ich obecność. Przyjąwszy obecność epitoksonoidów, szkoła Ehrlicha już łatwo tłómaczy powyższy objaw. Jeżeli bowiem n. p. do 1 A E. surowicy dodamy L_0 jadu, to mieszanina ta będzie, jak wiemy, zupełnie nieszkodliwa dla zwierząt szczepionych. W dawce L_0 jadu pozostaną wprawdzie wolne dość znaczne ilości epitoksonoidu, ale ponieważ jest on zupełnie nieszkodliwy dla zwierząt, zatem i mieszanina powyższa będzie zupełnie nieszkodliwa.

Dodajmy jednak do tej samej ilości surowicy 1 A.E. naprzód $^1/_2$ L_0, a po upływie 24 godzin drugie $^1/_2$ L_0 jadu, to otrzymamy wybitne trujące działanie na zwierzę. Będzie to skutkiem tego, że z pierwszą dawką $^1/_2$ L_0 dodaliśmy też połowę epitoksonoidów istniejących w dawce L_0. Ponieważ mają one powinowactwo do antytoksyny (chociaż słabe), więc połączą się z nią i połączenie to będzie miało czas w przeciągu 24 godzin utrwalić się tak, że dodatek drugiej $^1/_2$ L_0 już nie zdoła rozerwać tego połączenia epitoksonoidów z antytoksyną. Wskutek tego oczywiście pewna część toksyn właściwych z drugiej $^1/_2$ L_0 nie napotka już wolnej antytoksyny, z którą mogłaby się połączyć i ta część toksyn wywrze na zwierzę działanie szkodliwe.

Sprawę tę możnaby bardzo dobrze przedstawić schematycznie tak:

a)

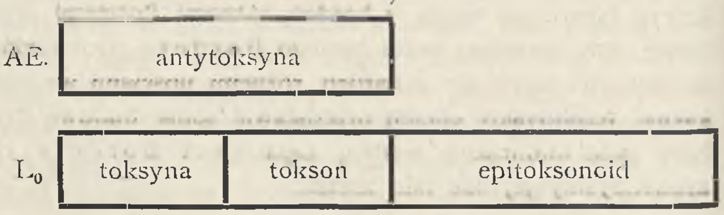


Fig. 9 *a*) dodatek całej ilości jadu odrazu.

b)

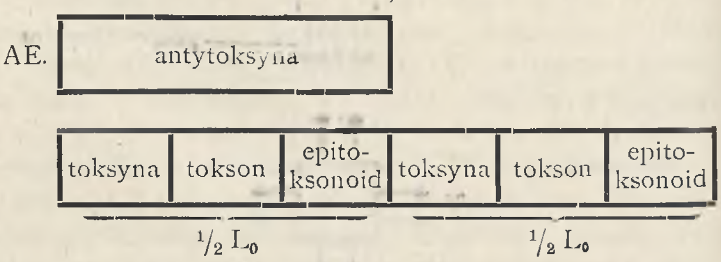


Fig. 9 *b*) dodatek jadu w 2 porcyach.

w *b*) cała toksyna i cały tokson drugiej $^1/_2$ L_0 pozostają wolne, mogą zatem działać toksycznie.

Tak zatem według szkoły Ehrlicha jest objaw Danysza nietylko dowodem istnienia epitoksonoidów, ale nadto dowodem słuszności zapatrywań Ehrlicha, mianowicie dowodem nieodwracalności odczynu (nawet między epitoksonoidami i antytoksyną).

Według zapatrywań Ehrlicha ilość epitoksonoidów w jadzie błoniczym może być bardzo znaczna (obacz widmo).

Przeciwnicy zaś poglądów Ehrlicha widzą właśnie w konieczności przyjęcia epitoksonoidów słabą stronę tej teoryi.

Arrhenius i Madsen poświęcili zbadaniu objawu Danysza jedną specyalną pracę. Badali ten objaw nie na jadzie błoniczym, ale na tetanolizynie i antytetanolizynie. Utrzymują oni, że jeżeli się tetanolizynę dodaje w 2 porcyach do antytetanolizyny, to pomiędzy wolną antytetanolizyną, a połączeniem, powstałem po dodaniu pierwszej porcyi tetanolizyny następują wtórne odczyny i że te następowe odczyny wiążą znaczne ilości wolnej antytetanolizyny. Wskutek tego dodatek drugiej porcyi tetanolizyny musi wywrzeć trujące działanie.

Podobnie ma się rzecz, według Arrheniusa i Madsena, także i w jadzie błoniczym.

Dla teoryi Bordeta nie przedstawia objaw Danysza żadnych trudności. Jeżeli bowiem toksyna łączyć się może z antytoksyną w bardzo różnych kombinacyach, to po dodaniu L_0 do 1AE surowicy utworzy się jakieś połączenie taksamo, jak po dodaniu $^1/_2 L_0$ do 1AE surowicy. Oczywiście związek, powstały w drugim przypadku, będzie inny, aniżeli w pierwszym, ale tak w jednym, jak i w drugim przypadku będzie cała ilość surowicy związana z jadem. Oczywiście więc, jeżeli potem dodamy drugą połowę L_0 do surowicy, to ta druga połowa jadu nie napotka tam już

wcale surowicy wolnej, ale związek surowicy z jadem. A jest rzeczą naturalną, że działanie jadu na czystą surowicę musi być inne, niż działanie jadu na połączenie surowicy z jadem. Nic zatem dziwnego, że dodatek jadu w 2 porcyach może wywołać działanie toksyczne, gdy dodatek całej ilości jadu na raz jest nieszkodliwy.

Jak widzimy, zwolennicy każdej z 4 teoryi na swój sposób objaw Danysza tłómaczą i wszyscy uważają swoje tłómaczenie za dobre.

Wróćmy znowu do teoryi kolloidalnej. Była już mowa o tem, że z połączenia toksyny z antytoksyną da się uzyskać nanowo jad w stanie wolnym tylko przez krótki czas po zmieszaniu obu substancyi. Po upływie pewnego czasu (różnego dla różnych jadów) nie można już toksyny z połączenia takiego w wolnym stanie uzyskać. Znaczy to, że te odczyny stają się pomału nieodwracalne. Fakt ten, który zgadza się z teoryą Ehrlicha i Bordeta a jedynie teoryi Arrheniusa sprawia poważne trudności, fakt ten (jak to już zaznaczono), uważają zwolennicy teoryi kolloidalnej jako jeden z głównych dowodów na korzyść tej teoryi. Starali się oni prócz tego uzyskać jady zadsorbowane przez nieorganiczne kolloidy napowrót w wolnym stanie. To znaczy badali, czy związek kolloidów z toksynami jest odwracalny. Przekonali się, że również nie. Na tej podstawie przypuszczają, że jady owe zostają po zadsorbowaniu rozłożone, zniszczone i twierdzą, że działanie toksyn na antytoksyny składa się z dwóch okresów. W pierwszym zostaje toksyna przez antytoksynę zadsorbowana (zjawisko fizyczne), w drugim zaś okresie zostaje ona rozłożona czyli przestaje istnieć jako taka (zjawisko chemiczne).

Według zapatrywań Nernsta, ktory jest może najpoważniejszym przedstawicielem tej teoryi adsorbcyi, możnaby działanie toksyny na antytoksynę porównać (jeśli wolno porównywać tak skomplikowane sprawy, jak odczyny toksyn z antytoksynami — z względnie prostemi) z działaniem delikatnie sproszkowanej platyny na H_2O_2. W tym wypadku powstaje, według wszelkiego prawdopodobieństwa, naprzód zgęszczenie, kondenzacya H_2O_2 na powierzchni platyny (zjawisko fizyczne), a potem szybki względnie rozkład owej skondenzowanej wody utlenionej, który to rozkład właśnie wskutek owej kondenzacyi na powierzchni platyny szybko postępuje (odczyn chemiczny).

To byłby w krótkim zarysie obecny stan nauki o budowie jadu błoniczego i o działaniu jego na antytoksynę. Jak widzimy, sprawa daleką jest jeszcze od ostatecznego rozstrzygnięcia. Nawał prac i gorączkowa dyskusya, jaka się w tej sprawie toczyła jeszcze przed 3—4 laty, obecnie znacznie ucichły. Obecnie rzadko pojawiają się prace w tej sprawie. Jestto zjawisko powtarzające się bardzo często w nauce i będzie ono prawdopodobnie połączone z korzyścią dla samej sprawy. W ten sposób bowiem uspokoją się do pewnego stopnia wzajemne rozdrażnienia i nerwowość w tej sprawie, która wymaga przedewszystkiem zupełnie spokojnego i przedmiotowego rozpatrywania. Być może, że nowi pracownicy wezmą się do tego i korzystając z materyału, nagromadzonego przez poprzedników, zbliżą się znowu więcej do prawdy.

Oceny i sprawozdania.

Kaufmann Eduard Prof. **Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.** Berlin, 1907.

Nakładem Reimera w Berlinie pojawiło się świeżo 4-te wydanie znanego już z poprzednich wydań podręcznika Kaufmanna, co uwalnia nas od obszerniejszego sprawozdania. Możliwa zwięzłość obok wielkiego bogactwa treści, wielka dokładność i ścisłość w opisach zmian chorobowych, obszerne uwzględnianie zagadnień patologii ogólnej i zjawisk klinicznych, obfitość rysunków objaśniających tekst cechują i to wydanie narówni z poprzednimi. W porównaniu z wydaniami poprzednimi w tem wydaniu znajdujemy znaczne rozszerzenie wielu działów, gruntowną przeróbkę działów innych, często drobne bardzo jednak dla treści korzystne uzupełnienia; liczba rysunków prawie wyłącznie oryginalnych wzrosła w tem wydaniu o 55 nowych i doszła już do liczby 683. Na każdym kroku uderza czytającego prawdziwie głęboka znajomość przedmiotu autora i tak wielka dokładność opisów poszczególnych zmian anatomicznych, że mimowoli odnosi się wrażenie, iż autor opisywał te zmiany wprost z odpowiednimi okazami w ręku. Ta dokładność opisów, obfitość nagromadzonego materyału, wreszcie uwzględnianie zjawisk klinicznych bardzo korzystnie wyróżniają podręcznik Kaufmanna z pośród wszystkich innych podobnych wydawnictw; stąd też podręcznik ten jest wprost nieocenionym nietylko dla uczących się, lecz także dla każdego lekarza, zwłaszcza zaś zmuszonego mieć od czasu do czasu do czynienia z sekcyami; nawet specyalista anatomo-patolog znajdzie w tym podręczniku niejednokrotnie rozstrzygnięcie swych wątpliwości. Podnieść również należy w podręczniku Kaufmanna bardzo obszerne uwzględnianie dotyczącego piśmiennictwa i to do najnowszych czasów, przyczem w przeciwieństwie do innych autorów niemieckich czytającego przyjemnie uderzać musi uwzględnianie piśmiennictwa ogólno-europejskiego, a nawet częste przytaczanie nazwisk polskich autorów. Jedyny zarzut, jaki możnaby zrobić podręcznikowi Kaufmanna, mógłby być ten, że pewna część rysunków jest przedstawiona zanadto schematycznie, zwłaszcza zaś już stanowczo tablica z bakteryami powinnaby zostać zastąpiona przez mikrofotogramy; uderza tutaj również zupełny brak rysunków kolorowanych. *Gliński.*

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

A. Calmette. **Zapobieganie gruźlicy u dzieci zapomocą poszukiwania odczynu ocznego tuberkuliny.** *(Clinique,* Nr 33, 1907). Doniosłość omawianego odczynu polega na tem, że pozwala w sposób ściśle naukowy zorganizować ochronę przed gruźlicą w rodzinach i zbiorowiskach ludzkich (szkoły, więzienia i t. d.). Odczyn ten jest dalej nieocenionym środkiem dla ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy dziedziczności gruźlicy. Obecnie już kilku lekarzy zajmuje się tą sprawą we Francyi i badają noworodki i matki w klinikach położniczych. Dotychczasowe doświadczenia nie są jeszcze bardzo liczne, ale jak dotąd nigdy odczynu tego nie stwierdzono u noworodka, podczas gdy równocześnie matki gruźlicze dawały odczyn dodatni. Jeśli się fakt ten utrzyma, będzie można wnioskować — jak to dla bydła rogatego (krowy, woły) stwierdził Bing i Nocard, — że dziecko nigdy nie rodzi się gruźlicze, z wyjątkiem tych nadzwyczaj rzadkich przypadków wrodzonej gruźlicy, gdzie zakażenie płodu następuje wprost od nasienia lub jajka. Że zakażenie po urodzeniu się jest wyłącznie możliwem, będzie można udowodnić, jeśli ponawiając w pewnych odstępach czasu próby, stwierdzi się chwilę, w której zaczyna zjawiać się odczyn. W 24 godzin po wprowadzeniu do żył zwierzęcia żywych prątków już odczyn jest wyraźny. Zwierzęta chociaż mają w organizmie zmiany gruźlicze, ale uleczone, nie dają odczynu. To samo twierdzą niektórzy klinicyści o ludziach (Latulle). Zapomocą tego odczynu da się też rozstrzygnąć znaczenie »mleka krów gruźliczych«. Jak wiadomo głosi Behring, że »gruźlica płuc ludzi dorosłych jest prawie wyłącznie objawem późnym zakażenia jelit, którego się człowiek napytał w wieku dziecięcym, i to zakażenia spowodowanego spożywaniem mleka pochodzącego od gruźliczych krów«. Jest jasnem, że jeśli u dziecka, którego rodzice i inni członkowie rodziny są napewno wolni od gruźlicy, a które się chowa na krowiem mleku, w wieku od 3

do 6 miesięcy zjawi się odczyn tuberkuliny, że ono najprawdopodobniej zakaziło się mlekiem chorej krowy. Nie trudno pojąć, jak ogólnie doniosłego znaczenia są spostrzeżenia tego rodzaju. Jeśli się pokaże, że zakażenie drogą mleka jest tylko możliwe, dozorowanie stajen i stad krowich będzie miało ważne znaczenie nietylko dla rolnictwa, ale hygieny publicznej. Jeśli zaś się pokaże, że dziecko wyłącznie od rodziców, względnie swego otoczenia może się zarazić gruźlicą, to problem o dwoistości gruźlicy bydlęcej i ludzkiej, głoszony przez Roberta Kocha (na Kongresie londyńskim w r. 1901) będzie odrazu rozwiązany.

Na podstawie swojego doświadczenia zapewnia autor, że wszystkie jednostki, które dziś uważamy za skłonne do gruźlicy, są na pewno gruźlicze. Bo dziś skłonnemi do gruźlicy nazywamy dzieci blade, chude, o szarej cerze z powiększonymi migdałkami, obrzękłymi gruczołami szyjnymi, karkowymi — a wszystkie one okazują odczyn tuberkulinowy. *Stahr.*

J. Comby. **Odczyn oczny tuberkuliny u dzieci.** (*Presse médicale.* Nr 64, 1907). Z powodu, że zwykły rozczyn tuberkuliny w stosunku 1 : 100 polecony przez Calmettea wywołał w dwu przypadkach odczyn miejscowy, objawy ostrego ropnego zapalenia spojówki, które trwały 8 dni, zaleca autor rozczyn dla dzieci 1 : 200. I takiego rozczynu używał sam u 132 chorych dzieci, z nadzwyczaj dobrym skutkiem. Autor wyróżnia kilka stopni tego odczynu: 1) odczyn lekki, czasem ledwo spostrzegalny, a widoczny dopiero przy porównaniu z okiem zdrowem, 2) odczyn umiarkowany, widoczny z odległości. Zaczerwienienie obejmuje nietylko mięska łzowe, ale także całą gałkę. Oko robi wrażenie jakby dotknięte lekkiem ostrem zapaleniem spojówki i 3) odczyn gwałtowny przebiegający wśród ostrego nastrzykania spojówkowego, znacznego obrzęku powiek, gromadzenia się ropy w worku spojówkowym. Dziecko nie otwiera oka i robi wrażenie, jakby cierpiało na ropne zapalenie spojówki. Rozczyn $^1/_{200}$ nie wywoływał nigdy odczynu gwałtownego, a nawet w tych 2 przypadkach, gdzie rozczyn $^1/_{100}$ dał odczyn gwałtowny, później na drugie oko zastosowany rozczyn $^1/_{200}$ wywołał wyraźny, ale tylko umiarkowany odczyn. Odczyn oczny raz przebyty nie uodpornia przeciw odczynowi następowemu, a nawet świeżo przebyty odczyn na wstrzyknięcie tuberkuliny podskórne także nie uodpornia przeciw odczynowi ocznemu. Odczyn oczny należy wywoływać na oku zupełnie zdrowem, a właściwie powinny oba oczy być zdrowe, aby mieć możność porównania. Innego przeciwwskazania do odczynu tuberkuliny nie ma. Na swych 132 doświadczeń miał autor 62 razy wynik dodatni, 70 razy odczynu nie było. Z pierwszej grupy (62) miał autor dotąd 4 razy sposobność dokonać sekcyi, w wszystkich 4 przypadkach stwierdził gruźlicę. Z 6 dzieci drugiej grupy zmarłych ani jedno na sekcyi nie okazywało najmniejszego śladu gruźlicy. Na tej podstawie autor gorąco zaleca ten odczyn, jako pewny, praktyczny i nieszkodliwy. *Stahr.*

Chirurgia.

Wenglowski. **O podstawie anatomicznej zabiegów przy przepuklinach pachwinowych.** (*Arch. f. klin. Chir.*, 83, I.). Z badań na zwłokach i spostrzeżeń przy operacyach wynika, że w przeważnej części przypadków za przyczynę przepuklin pachwinowych trzeba uważać wadliwe ułożenie mięśni brzusznych: skośnego wewnętrznego i poprzecznego. Mięśnie te w dolnym brzegu ze sobą zrośnięte, przebiegają w prawidłowych warunkach ponad kanałem pachwinowym łukowato i przyczepiając się do wzgórka kości łonowej, ograniczają wraz z więzadłem Pouparta otwór półowalny, który wskutek tego przy skurczu mięśni ulega zaciśnięciu. W warunkach nieprawidłowych natomiast dolny brzeg tych mięśni przebiega poziomo do brzegu mięśni prostych i ogranicza otwór trójkątny. Zabiegi dla usunięcia przepuklin powinny zmierzać do przywrócenia stosunków prawidłowych, oszczędzając przy tem jaknajstaranniej powrózek nasienny ze wszystkimi przydatkami. Żaden ze stosowanych obecnie zabiegów tego jednak nie uwzględnia, stąd nawroty przepuklin i fatalne skutki dla części rodnych, z pewnością występujące wcześniej, niż się sądzić zwykło. W. podaje swój sposób: Zwykłem cięciem dochodzi do worka, oddziela tylko jego szyjkę i zwykle nie otwierając go zakłada szew kapciuchowy, poczem obydwa końce szwu przeprowadza przez ścianę brzuszną, zaginając przez to worek ku górze i szew związuje. W przypadkach mniej więcej prawidłowego przebiegu mięśni, przyszywa dolny ich brzeg do więzadła Pouparta, w nieprawidłowych zaś, nacina je wzdłuż mięśni prostych brzucha, rozluźnia wachlarzowato, ściąga ku dołowi i przyszywa do wzgórka kości łonowej, stwarzając tym sposobem stosunki prawie prawidłowe. Czas leczenia przy tym sposobie operowania skraca się, nawrotów lub niekorzystnych następstw operacyi w żadnym przypadku (około 100) nie stwierdzono. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Hesse. **Postępowanie przy przepuklinach dotkniętych zgorzelą.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, 82, 1). Na podstawie międzynarodowej statystyki i własnych spostrzeżeń dochodzi H. do wniosku, że za jedynie uzasadnione postępowanie przy przepuklinach dotkniętych zgorzelą należy uważać pierwotną wydatną resekcyę jelita; utworzenie odbytu sztucznego zaś z żadnych względów nie może być uważane za zabieg, ocalający życie. Jedynie przy objawach otrzewnych należy odstąpić od tej zasady. Zgorzel uwięzionej pętli następuje już zwykle od 1—2 dni, stąd próby odprowadzania, nawet stosunkowo wcześnie, wpływają niekorzystnie na wyniki operacyjne. Zgodnie z Hofmeistrem radzi H. usuwać odcinek jelita 7 razy dłuższy od pętli uwięźniętej, bo nawet po odcięciu 100—150 ctm. jelita żadnej szkody chory nie ponosi. Makowiec po zabiegu należy do przeszłości, natomiast w ten sam dzień podaje H. obfite pożywienie płynne, by chory, zwykle wygłodzony, przyszedł prędzej do sił, i stara się o obfite wypróżnienia. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Meissner. **Moczowód w przepuklinie pachwinowej.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, 54, III). Przypadek ten dotyczył przepukliny wrodzonej u dziecka; wskutek utrudnionego rozpoznania odcięto część moczowodu, czego następstwem był naciek krocza, zakażenie i śmierć. Sekcya stwierdziła, że obydwa moczowody były silnie wydłużone, rozszerzone i pokręcone, miedniczki nerkowe natomiast tylko nieznacznie rozszerzone przy równoczesnej marskości nerek, nadto znaleziono zwężenie moczowodów przy ujściu do pęcherza. Objawy zaburzeń w oddawaniu moczu występowały już w 1. roku życia, zwłaszcza przy stosowaniu paska przepuklinowego. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Borszèky. **Zwężenia bliznowate jelita po przepuklinach uwięźniętych.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, 54, 2). Zwężenia jelita po przepuklinie występują najczęściej w tych przypadkach, w których próbowano lub dokonano gwałtownego odprowadzenia. B. przytacza ciekawe spostrzeżenie, w którem po zamknięciu się przetoki kałowej i wystąpieniu objawów niedrożności jelit po pewnym czasie stwierdzono przy operacyi zwężenie bliznowate pętli jelita zupełnie wolnej i odczepionej od ściany brzusznej. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Busse. **O powstawaniu zwężeń gruźliczych jelita.** (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907, 83, I.). Schloffer wywoływał zwężenia okrężne jelita, znosząc krążenie w naczyniach krezki. Podobnież powiększone gruczoły krezkowe mogą zacieśniać naczynia, wskutek czego odpowiednia część jelita obumiera. Blizny więc jelita powstają nietylko po owrzodzeniach w samej ścianie jelita, lecz także po zaczopowaniu lub zaciśnięciu światła naczyń, podobnie jak przy zacieśniającem kiłowem zapaleniu tętnic. Twierdzenie Wietinga o przebiegu gruźlicy podśluzowo bez owrzodzeń, nie da się utrzymać, ponieważ w głębi blizny można stwierdzić reszki komórek nabłonkowych, co świadczy o przebytem owrzodzeniu. W wytwarzaniu się jednak zwężenia oprócz ściągania się blizny główną rolę odgrywają mięśnie okrężne jelita, które wskutek przerwania mięśni podłużnych, nie znajdują należytego oparcia i kurcząc się, wpuklają ścianę do światła na granicy obumarłej części jelita. *Dr Kasprzyk* (Berlin.)

Hartmann. **Chirurgiczne postacie gruźlicy kiszki ślepej.** (*Revue de Chir.*, 1907, Nr 2). Postać jelitowo-otrzewna, występująca pod postacią owrzodzeń kiszki ślepej, ropienia i objawów zapalnych, objawia się klinicznie w sposób ostry i przebiega szybko. Stolce są częste, wodniste, niekiedy krwawe, napady bolów podobnie jak przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, często dają powód do mylnego rozpoznawania zapalenia wyrostka; w razie zaś wytworzenia się przetok, które mogą powstać w najrozmaitszych okolicach i przebijać do najrozmaitszych narządów, nasuwają się trudności odróżnienia przetok gruźliczych od przetok na tle innych schorzeń. 2) Postać przerostowa, o przebiegu znacznie powolniejszym i łagodniejszym, objawia się klinicznie zaburzeniami w trawieniu, brakiem apetytu, słabymi bolami i nieprzyjemnem uczuciem w okolicy kątnicy, oraz pojawieniem się równoczesnem guza w tej okolicy lub nieco wyżej. Bez szybszych postępów sprawa rozwija się miesiącam, wywołując zwolna wychudnienie i coraz częstsze objawy lekkiej niedrożności jelit. Taki przebieg może trwać 2—3 lat. Postać tę pomieniać można z nowotworami, atoli nowotwory przebiegają zwykle szybciej, objawy zwężenia występują gwałtowniej, w końcu guz nowotworowy nie zachowuje zwykle kształtu kiszki ślepej. Po zabiegach operacyjnych wynosi śmiertelność 12%, niekiedy zaś, gdy gruzełki występują tylko na błonie surowiczej bez zajęcia śluzówki, sama laparotomia próbna może przyczynić się do wygojenia. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Berndt. **W sprawie operacyi raka odbytnicy.** (*Mnch. med. Wochs.*, 1907, Nr 30). Główne niebezpieczeństwa operacyi polegają na zgorzeli kiszki i na zakażeniu jamy brzusznej i rany. B. zamyka najpierw odbyt szwem, potem prowadzi cięcie na lewym brzegu kości ogonowej aż do kiszki i ranę tamponuje. Od strony jamy brzusznej uwalnia odbytnicę i otrzewnę zaszywa szczelnie, wyciągnąwszy odbytnicę do cięcia krzyżowego. Dopiero skoro kiszka ulegnie wraz z nowotworem zgorzeli, usuwa ją, a górną uwolnioną część przymocowuje w odbycie. *Klęsk.*

Delore i Chalier. **Rak odbytu i odbytnicy.** (*Revue de Chir.*, 1907, Nr 2). Na podstawie 19 przypadków własnych, dochodzą D. i Ch. do wniosku, że przy raku odbytnicy najwłaściwszym zabiegiem, tak pod względem łatwości wykonania, jak i łagodności, jest amputacya drogą kroczną. Śmiertelność obliczają na 10%, a więc znacznie mniej, niż przy sposobie Kraskego lub kroczno-brzusznym. Wyjątek stanowią tylko raki, usadowione bardzo wysoko. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Winselmann. **Doświadczenia z praktyki co do zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Wien. klin. Runds.*, 1907, Nr 24 i 25). Wnioski W. są następujące: 1) Schorzenie i obciążenie zołzowe i gruźlicze grają wśród przyczyn zapaleń wyrostka najgłówniejszą rolę. 2) Usposobienie do powstania zapalenia wyrostka polega na mniejszej odporności błony śluzowej jelita, jako następstwa wymienionych powyżej nieprawidłowości ustrojowych. 3) Ciężarne zapadają uderzająco rzadko na zapalenie wyrostka. 4) Ropniak opłucny i zgorzel płuc w wieku dziecięcym po stronie prawej są często ostatecznem zejściem ukrytego zapalenia wyrostka robaczkowego. 5) Przy pozornie pierwotnych ropniach wątroby pamiętać należy o możliwości powstania ich po ukrytem zapaleniu wyrostka robaczkowego. 6) Ostra gorączkowa niedrożność jelit ma w wieku dziecięcym zawsze powód w ukrytem zapaleniu wyrostka. 7) W ostrych przypadkach zapalenia wyrostka rozstrzyga zachowanie się otrzewnej, kiedy należy operować. 8) Rozległe ropnoposokowate zapalenie otrzewnej należy uważać za duży ropień o licznych zaułkach i wedle tego postępować. Lekarz praktyczny może i musi posiąść technikę zwyczajnego otwarcia jamy brzusznej. 9) Przeciwzołzowe leczenie przebytych przypadków zapalenia wyrostka obok prostego sposobu życia wiedzie często do zupełnego stałego wyleczenia.
B. Żmigród (Rymanów).

Haist. **Wczesny zabieg przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Beitr. z. kl. Chir.*, 1907, T. 54, Z. 3). Porównując liczne statystyki zapaleń wyrostka robaczkowatego, oblicza H. śmiertelność przy wczesnym zabiegu chirurgicznym na 4·3%, przy leczeniu wyczekującem na 9%. Taką samą śmiertelność wykazuje statystyka, zestawiona przez H. z oddziału Hofmeistra, oparta na 186 przypadkach, z których 53 przypada na zapalenia świeże (w tych 33 *append. destructiva*). Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi H. do następujących wniosków: Jeżeli w ciągu doby nie ustępują objawy zapalne, wskazany jest zabieg operacyjny, przy nieotorbionem zapaleniu otrzewnej jak najwcześniej. Operacya wczesna (w okresie pierwszym) jest najłatwiejsza, najmniej niebezpieczna i wywołuje najmniej powikłań. Przy wątpliwem rozpoznaniu należy wykonać laparotomię próbną. Cięcie Hofmeistra z wielu względów ma być zdaniem autora najodpowiedniejsze. W razie wystąpienia porażenia jelit wskutek zapalenia otrzewnej, lub pooperacyjnej niedrożności jelit wykonać należy enterostomię. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Schanz. **O leczeniu złamań szyjki uda.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 83, Z. 1). Wiadomo, że kostnina po złamaniach szyjki kości udowej wytwarza się nieraz bardzo leniwo, a niekiedy niedostatecznie tak, że (pominąwszy już powstawanie wskutek tego stawów rzekomych), często po dostatecznem napozór zgojeniu się, skoro chory zacznie używać kończyny, nawet po roku, następuje wygięcie się szyjki o cechach biodra szpotawego (*coxa vara*). Aby więc słabą kostninę uchronić od nadmiernego ciężaru przy chodzeniu, z drugiej zaś strony przez jaknajwcześniejsze używanie kończyny zapobiedz przykrym następstwom długiego leżenia, podaje S. odpowiedni przyrząd sprężynowy, umocowany przy zwykle używanej szynie, zapomocą którego można stopniować obciążenie szyjki i ustawiać kończynę przy chodzeniu w dowolnem ułożeniu. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Bardenheuer. **W sprawie doszczętnego wczesnego wycinania zmienionego gruźliczo stawu łokciowego wogóle, a w szczególności w wieku dziecięcym.** (*Deut. Zeits. f. Chir.*, T. 85). Po wieloletnich próbach zachowawczego leczenia gruźlicy stawu łokciowego wrócił B. znowu do wycinania i to doszczętnego, jakby przy nowotworze. Nie należy tu trzymać się linii nasadowej kości, bo zboczenia i upośledzenia wzrostu kończyny górnej bywają nieznaczne. B. używa cięcia łukowatego, obejmującego wyrostek łokciowy, dozwalającego na operacyę zewnątrztorebkową. Odcinki kości spaja B. gwoździem, który wystaje potem tak, że po 8 dniach wyciągnąć go można. Kończynę ustala w gipsie. Wycięcie stosuje B. wczas i to nietylko u dorosłych, ale i u dzieci. *Klęsk.*

Franke. **Cierpienie stawu kolanowego przy grypie.** (*Deut. Zeits. f. Chir.*, T. 85). W następstwie grypy zdarza się przewlekłe zapalenie stawu kolanowego, cechujące się bólem w okolicy wewnętrznego kłykcia uda, sztywnością, bólami stawu i osłabieniem kolana, zwłaszcza przy chodzeniu po schodach. Cierpienie to uważa F. za zapalenie szpiku nasady kości. Rokowanie zwykle jest dobre, choć choroba trwa długo; zesztywnienie rzadko występuje. Leczenie to samo, co w innych przewlekłych sprawach stawowych. *Klęsk.*

Karewski. **W sprawie leczenia pęknięć czworogłowego mięśnia uda.** (*Deuts. med. Wochs.*, 1907, Nr 28). Na podstawie przypadku, w którym pęknięcia mięśnia czworogłowego wobec powikłania ze strony nerek nie operowano, lecz leczono zachowawczo, twierdzi autor, że przez odpowiedni wyciąg plastrowy można osiągnąć nawet w najcięższych przypadkach zupełnie zadawalniający wynik. *Klęsk.*

Weiss. **W sprawie zapalenia pochewek ścięgien** (*tendovaginitis crepitans*). (*Beitr. z. kl. Chir.*, 54, 2). Nastrzykując barwnymi płynami pochewki ścięgien mięśni prostujących goleni, stwierdził W., że pochewki te nie kończą się ostro na dolnej części goleni, ale zapomocą licznych drobnych szczelin łączą się z przestrzeniami między- i okołomięśniowemi w środkowej i górnej części goleni. Te stosunki tłómaczą mu liczne własne jego spostrzeżenia, w których zapalenie pochewek ścięgien ograniczało się na górne części goleni, nie przechodząc w dół z powodu zaciśnięcia pochewek przez więzadła okrężne i krzyżowe; przypadki takie opisywano jako zapalenie okołomięśniowe (*perimyositis crepitans*). *Dr Kasprzyk* (Berlin).

XII. Wiec Izb lekarskich austryackich.

W dniach 19-go i 20-go września b. r. odbył się w Opawie XII. wiec Izb lekarskich austryackich przy współudziale delegatów prawie wszystkich Izb lekarskich. Po zagajeniu wiecu przez przewodniczącego dra Ruhenstrotha powitali obecnych: prezydent krajowego rządu br. Heinold imieniem rządu i burmistrz dr Rochowański imieniem miasta Opawy. Kilka serdecznych słów poświęcił przewodniczący pamięci zmarłego dra Franciszka Brennera, który jako długoletni prezydent Izby lek. morawskiej, jak też jako przewodniczący Wydziału wykonawczego Izb lekarskich, niespożyte położył zasługi w sprawach społeczno-lekarskich.

Na wstępie obrad odczytano sprawozdania z czynności Izby zarządzającej i Wydziału wykonawczego. Przedmiotem dalszych obrad wiecu były:

I. Sprawa zamierzonej reformy austryackiej ustawy karnej, o ile dotyczy lekarzy. Odnośny referat przedłożyła Izba lek. szląska.

Z nieznacznemi zmianami przyjął wiec wnioski w tym referacie objęte. Uchwalono:

1) § 26: »Utrata stopnia akademickiego wskutek zasądzenia za zbrodnię może tylko wtedy nastąpić, jeśli zbrodnia popełnioną została z pobudek hańbiących«.

2) § 163 uchwalono dążyć do zniesienia przepisów, w myśl których lekarz przy pojedynku obecny celem udzielenia pomocy lekarskiej podpada karze, gdyż przepisy te są w rażącej sprzeczności, tak z ustawą o przymusie zawodowym, jakoteż z zasadami ludzkości.

3) Przy § 343 o partactwie leczniczym uchwalono proponować następujące brzmienie: »Karze więzienia podlega ten, kto, nie posiadając dyplomu, uprawniającego do praktyki lekarskiej w Austryi, czy to za wynagrodzeniem, czy bez wynagrodzenia leczy jakąś osobę, wyjąwszy pierwszą pomoc w nagłych przypadkach. W razie, gdy chory ponosi szkodę większych rozmiarów ma być zastosowaną kara według § 335«.

4) §§ 356, 357 i 358 u. k. należałoby usunąć zupełnie z ustawy, albowiem stawiają one lekarzy w sposób niesprawiedliwy i poniżający pod prawa wyjątkowe, naznaczając kary za

przewinienia z braku wiedzy lekarskiej (§§ 355 i 357), oraz za zaniedbanie pacyenta (§ 358). Wnioskodawcy, a z nimi także delegaci wiecu sądzili, że §§ 336 i 431, traktujące o występku, względnie przekroczeniu przeciw bezpieczeństwu życia i zdrowia najzupełniej wystarczają, by w wypadkach wspomnianych przewinień ze strony lekarzy umożliwić postępowanie karne przeciw tymże i że dlatego §§ 356—358 są co najmniej zbyteczne. Wiec prócz tego był zdania, że z punktu widzenia teoretycznego nie powinna się ustawa karna zajmować uregulowaniem obowiązków zawodowych, a zaniedbanie jako takie tych obowiązków nie powinno podlegać postanowieniom karno-sądowym. Czy i kiedy zachodzi zaniedbanie obowiązków lekarskich, rozstrzygać powinien sąd zawodowy lekarski i ten również karę powinien wymierzać. Aby jednak zadość uczynić tym żądaniom, wypadałoby niewątpliwie zmienić obowiązującą obecnie ustawę o Izbach lekarskich.

5) § 359 u. k. nakłada na lekarzy pod zagrożeniem kary obowiązek donoszenia bezzwłocznie władzy o przypadkach choroby, obrażenie ciała, lub śmierci, w których nasuwa się podejrzenie zbrodni, lub występku. Postanowienie to jest czysto policyjnym przepisem, którego właściwem miejscem powinna być ustawa o postępowaniu karnem, a nie ustawa karna. Obowiązek donoszenia ze strony lekarzy w takich przypadkach — pomijając ogólny obowiązek donoszenia o zdradzie stanu — niema żadnej analogii z przepisami, obowiązującemi innych obywateli państwa. Jestto raczej pozostałość dawnego policyjnego ustroju państwowego. Dlatego też nowsza ustawa o postępowaniu karnem z roku 1873 nakłada jedynie na publiczne urzędy i organa obowiązek donoszenia o czynach karygodnych. Wprawdzie ustawa karna zawiera kilka postanowień, dotyczących obowiązku niektórych rzemiosł co do donoszenia n. p. kominiarzy o nieprawidłowościach ogniowo-policyjnych i t. d. pomijając już okoliczność, że takie przepisy według nowoczesnych zapatrywań raczej do ustaw policyjnych należą, to nie można ich ani w przybliżeniu porównać z postanowieniami § 359 u. k. Stosunek lekarza do pacyenta polegać musi zawsze na zaufaniu; wszak i § 498 u. k. nakłada na lekarza obowiązek zachowania tajemnicy co do osoby, udającej się pod jego opiekę. W niedającej się pogodzić sprzeczności z tym obowiązkiem pozostają przepisy § 359 u. k. zmuszające lekarza, by donosił władzy na wypadek, choćby podejrzenia, o czyn karygodny — podejrzenia, które nieraz może okazać się nieuzasadnionem, a osobę oddaną lekarzowi w opiekę narazić na skutki postępowania karnego. Dlatego więc Izb lekarskich domaga się, by § 359, o ile dotyczy lekarzy, aptekarzy i akuszerek w zupełności z nowej u. k. został wyłączony.

6) Co o powyższych przepisach powiedziano, da się zastosować także do § 349 u. k., który nakłada na lekarzy obowiązek donoszenia o źle, lub mylnie przyrządzonych lekach. Wprawdzie ustawa nie zagraża karą za zaniedbanie tego obowiązku, ale właśnie ta okoliczność najlepiej dowodzi zbyteczności tego postanowienia. Tutaj rozchodzi się również o gałęź publicznej administracyi, mianowicie o sprawy policyi sanitarnej, i rzeczą publicznych organów nadzorczych być musi czuwanie nad aptekami i sporządzaniem leków. Zupełnie jest niewłaściwem używać lekarzy, nie pełniących czynności państwowo-administracyjnych do posług czysto policyjnych. Dlatego domagać się należy skreślenia § 349 ustępu 2).

7) § 375 u. k. zagrażający lekarzowi, pełniącemu obowiązki oglądacza zwłok, karą za nieprawdziwe podanie daty zgonu, również uważać należy za chybiony i do usunięcia go dążyć. O ile bowiem rozchodzi się jedynie o przekroczenie przepisów służbowych ze strony publicznego organu zdrowia, zastosowane być winno postępowanie dyscyplinarne. Gdy atoli przekroczenie to w poszczególnym przypadku może spowodować pogrzebanie pozornie zmarłego, to postanowienia ustawy karnej o występku przeciw bezpieczeństwu życia wystarczają zupełnie do ukarania winnego lekarza.

II. W sprawie **ubezpieczenia lekarzy od wypadków** przedstawił wiecowi imieniem Wydziału wykonawczego Dr Thenen (z Wiednia) referat, zawierający dużo nowych i zajmujących szczegółów. Wiec uchwalił: *a*) polecić Izbom lekarskim, by obradom poddały projekt stworzenia własnego, wspólnego zakładu ubezpieczeń od wypadków na zasadzie wzajemnej poręki; *b*) aż do przeprowadzenia tego projektu należałoby nowe ubezpieczenia zawierać jedynie z temi Towarzystwami, które udzielają 20% opustu od taryf kartelowych; *c*) polecić lekarzom, by przy zawieraniu umów o ubezpieczenie od wypadków, główną uwagę zwracali na stałą niezdolność do pracy i aby ewentualnie zmniejszali premie za ubezpieczenie na przejściową niezdolność do pracy na korzyść premii za ubezpieczenie na wypadek stałej niezdolności; *d*) starać się o zmianę taryfy dla częściowej niezdolności do pracy; *e*) starać się o ograniczenie prawa wypowiedzenia ze strony Towarzystw, które w wypadkach spornych należałoby uczynić zawisłem od wyroku polubownego; *f*) polecić Wydziałowi wykonawczemu, by już teraz rozpoczął rokowania z temi Towarzystwami ubezp. od wypadków, które oświadczą gotowość zmiany warunków premii, a w razie przyjścia do skutku dotyczącej umowy, wystosować objaśniającą odezwę do lekarzy.

III. Na wniosek Izby lekarskiej styryjskiej uchwalono zwrócić się do rządu w sprawie **nadużyć, popełnianych przez bandażystów**, względnie fabrykantów przyrządów ortopedycznych przez ordynowanie, samoistne leczenie i t. d.

IV. W sprawie **honoraryów za badania i świadectwa lekarskie przy ubezpieczeniach na życie**, prócz znanych, kilkakrotnie na wiecach uchwalanych postanowień, powzięto jeszcze następujące uchwały: *a*) formularze świadectw zgonu i doniesień, czyli sprawozdań lekarzy domowych mają być przez Towarzystwa wprost lekarzom przesyłane; honoraryum za takie świadectwo, lub sprawozdanie ustanawia się w wysokości 6 koron; *b*) za orzeczenia przy t. zw. ubezpieczeniach ludowych (»Volksversicherung«) poleca się Izbom lek. o ile możności ustanowić jednolite honoraryum w kwocie 5 koron.

V. Uchwalono zwrócić się do rządu z prośbą, by nowoczesnym wymaganiom odpowiadająca **ordynacya lekarska** jak najrychlej **uzyskała moc ustawową**, a to na zasadzie i w myśl projektu przedłożonego Izbie posłów dnia 21. listopada 1906 r. (wniosek Izby dolno-austryackiej).

VI. Na wniosek sekcyi niemieckiej Izby lek. dla Królestwa Czeskiego zajmował się wiec sprawą, czy **podróże i objazdy lekarzy kąpielowych**, celem popierania dotyczących zdrojowisk i własnej praktyki, **nie uwłaczają godności stanu lekarskiego.** Po ożywionej dyskusyi uchwalono, że objazdy takie ze stanowiska etyki lekarskiej są dozwolone, byle przytem czyniono zadość wymogom taktu.

VII. Na wniosek Izby lekarskiej czeskiej przekazano Wydziałowi wykonawczemu sprawę **wynagradzania lekarzy za doniesienia o chorobach zakaźnych;** uchwalono w zasadzie dążyć do tego, by rząd w zamian za usługi lekarzy w tym kierunku, wypłacał instytucyom lekarskim pewną pauszalowaną kwotę na cele humanitarne.

VIII. Na wniosek Izby lekarskiej bukowińskiej przydzielono Wydziałowi wykonawczemu do rozpatrzenia i zdania sprawy na następnym wiecu sprawę **tytułów**, których lekarzom wolno używać w anonsach, ogłoszeniach, na tablicach i t. d.

IX. W poruszonej przez Izbę lekarską zachodnio-galicyjską sprawie delegatów do krajowej Rady Zdrowia uchwalono, by Wydział wykonawczy zwrócił się do rządu z prośbą o zarządzenie, któreby **Izbom lekarskim** w rzeczywistości umożliwiły **udział w pracach** i zadaniach krajowych **Rad Zdrowia.**

X. Polecono Wydziałowi wykonawazemu, by starał się o wprowadzenie **wolnego wyboru lekarzy** dla rodzin służby kolejowej przy kolejach północnej i południowej (wniosek Izby morawskiej).

XI. Uchwalono przedsięwziąść kroki, by **przymus szczepienia ospy ustawowo został zaprowadzony** (wniosek Izby czeskiej).

XII. Na następny rok administracyjny, jako **zarządzająca** wybraną została Izba lekarska **przedarulańska**, a do Wydziału wykonawczego pp.: Ewald (Wiedeń), Festenburg (Lwów), Liehmann (Berno), List (Retz), Petrina (Praga) i Schlönnicher (Grac).

Dr Schoengut.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego powziął X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie następującą uchwałę: »Uznając konieczność szybszych ulepszeń w zakresie szpitalnictwa w Galicyi, poleca Zjazd Delegacyi stałej, by na podstawie zebranych już materyałów przedłożyła Wysokiemu Sejmowi niezwłocznie odpowiedni memoryał«. Uchwała ta została właśnie wykonaną, a memoryał Delegacyi został wniesiony do Sejmu na ręce posła dra Bednarskiego. Równocześnie wniosła do Sejmu

memoryał w tej sprawie Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a przedtem jeszcze wniosło swój memoryał na ręce prezydyum komisyi sanitarnej (posłów A. hr. Gołuchowskiego i prof. dra Marsa), prosząc posłów krakowskich o poparcie sprawy, Towarzystwo lekarskie krakowskie. Podobne kroki uczynił już Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wydział lekarski Uniwersytetu lwowsaiego, obie Izby lekarskie i Towarzystwo lekarskie lwowskie miały się także tą sprawą żywo zainteresować. *R.*

Stosunek galicyjskiego Wydziału krajowego do Izb lekarskich rażąco różni się od stosunku w innych krajach austryackich. Wydział krajowy nie odwołuje się do opinii Izb nawet w sprawach, należących do ich zakresu działania, a na podania, wnoszone do Wydziału krajowego lub do Sejmu, Izby zwykle nie otrzymują odpowiedzi. W przeciwieństwie do tego zwracają się Wydziały krajowe w innych krajach do Izb lekarskich bardzo często po opinię, czego przykłady z protokółów Izb morawskiej i styryjskiej przywodzi »Głos lek.« (18), zapowiadając dalsze podobne wiadomości na dowód, jak wyjątkowe są pod tym względem stosunki galicyjskie. *R.*

Potrzebę pragmatyki służbowej dla lekarzy okręgowych podnosi dr Mikołajski ze względu na niedawne zdarzenie, ogłoszone szczegółowo w tymże numerze »Głosu lekarzy« (18) przez b. posła sejmowego, dra Bernadzikowskiego. Dotyczy ono dra Janczego, lekarza okręgowego w Czchowie, którego Wydział krajowy w drodze dyscyplinarnej ukarał przeniesieniem na drugi koniec Galicyi, pod Zbaraż, po 12-letniej pracy. Ale dr Janczy, jak opisuje dr Bernadzikowski, naraził się przez popieranie kandydata opozycyjnego przy ostatnich wyborach, a śledztwo dyscyplinarne nie było przeprowadzone według powszechnie przyjętych norm. To też »Głos lekarzy« wyraża nadzieję, że lekarze w kraju powinni drowi Janczemu udzielić poparcia, a nadto niezwłocznie żądać wydania pragmatyki służbowej dla lekarzy okręgowych. *R.*

Skład Najwyższej Rady Zdrowia omawia ponownie dr Mikołajski (Głos lek. 18) ze względu na artykuł, pomieszczony niedawno w sprawie tej w »Przeglądzie lek.«, zauważając, między innemi, że powołanie znaczniejszej liczby lekarzy polskich do tej Rady nie przedstawia nawet przy obecnie obowiązującej ustawie sanitarnej dla rządu trudności niepokonalnych, godząc się na konieczność akcyi w celu reformy ustawy sanitarnej i podnosząc słuszność żądania, by w Radach zdrowia przynajmniej częściowo wprowadzono zasadę reprezentacyi. Wprawdzie przytem należałoby powołać do Rady zdrowia także przedstawicieli gremiów aptekarskich, Akademii weterynaryi i t. d., ale właśnie znacznie zwiększona przez to liczba członków pozwoliłaby na utworzenie ściślejszych komisyi fachowych w łonie Rady. W każdym razie potrzebną jest dalsza gruntowna nad sprawą tą dyskusya. (Przy sposobności zaznaczyć należy, że dr Mikołajski pierwszy podniósł sprawę upośledzenia Polaków w Najwyższej Radzie zdrowia, a to w »Polnische Post« 24. X. 1906 i w »Kuryerze lw.« 17. VII. 1907. *Red.*). *Z.*

Lekarzom wojskowym austryackim, według krążących pogłosek, ma być zakazaną praktyka poza osobami wojskowemi przy sposobności zamierzonej przez rząd reformy, która ma zmienić stanowisko lekarzy w hierarchii wojskowej, ich tytuły i prawa. *R.*

Urządzenie pomieszczenia lekarzy w Maryenbadzie: Towarzystwo lekarzy w Maryenbadzie uchwaliło jednogłośnie na posiedzeniu w dniu 9. września b. r. wniosek swego członka dra Alojzego Grimma, w sprawie urządzenia pomieszczenia dla lekarzy chorych, przemęczonych lub wyczerpanych, słowem ułatwienia potrzebującym leczenia lub wypoczynku kolegom pobytu w Maryenbadzie przy bardzo nieznacznych wydatkach. Uchwalono dalej powołać do życia tę instytucyę już w najbliższym sezonie w roku 1908, a za nim wybuduje się własny dom dla lekarzy, będzie się ich umieszczać tymczasowo w tych domach, które są własnością tamtejszych lekarzy. Komitet składający się z kolegów Grimma, Starka i Zörkendörfera ma się zająć wykonaniem tej uchwały i chętnie już obecnie udziela kolegom wszelkich wyjaśnień. Instytucya ta, z której korzystać mogą wszyscy lekarze z Austro-Węgier i Niemiec daje już obecnie następujące ułatwienie pobytu w Maryenbadzie: Wolne mieszkanie, bezpłatne kąpiele i zabiegi lecznicze, jakoteż uwolnienia od taksy kąpielowej. Podobnie już w sezonie r. 1908 będą wprowadzone: Zniżenie cen jadła w pierwszorzędnych restauracyach za okazaniem karty, zniżenie cen miejsc w teatrze, wolny wstęp na zabawy i koncerta klubowe. W początku sezonu rozeszle komitet szczegółowe prospekty drogą czasopism lekarskich. *Stark.*

Najstarsze pismo zawodowe w Austryi wychodzące we Wiedniu pod tytułem: »Oesterr. Aerztliche Vereins-Zeitung« straciło swego długoletniego redaktora dra Karola Kohna, przez co dalsze losy pisma są zachwiane.

O ospie i szczepieniu ogłosił dr Ignacy Schaitter, lekarz miejski w Krakowie, zajmujące uwagi z powodu epidemii ospy, panującej właśnie w Wiedniu. W formie dostępnej i barwnej roztrząsa autor znaczenie epidemii wiedeńskiej i ważne z niej wynikające wskazówki, dochodząc do wniosku, że pośredni przymus szczepienia, istniejący w Austryi, nie jest wystarczający, i że należy koniecznie domagać się wprowadzenia w Austryi bezpośredniego przymusu szczepienia, bez którego ochrona przed epidemią ospy nie może być zupełnie pewną. *R.*

W zwalczaniu gruźlicy jest pouczanie ludności o tej chorobie i o środkach ochronnych bronią niezmiernie doniosłą. To też z radością powitać należy ukazanie się z druku dziełka dra Łagowskiego: »Co to jest gruźlica i jak się od niej chronić należy«. O zaletach dziełka świadczy fakt, że zyskało ono palmę zwycięstwa na konkursie im. dra Alfreda Sokołowskiego. Ukazuje się ono jako zeszyt pierwszy wydawnictwa tegoż imienia. Cena 1 złp. = 15 kop.) wydaje się jednak jak na wydawnictwo, mające iść w najszersze sfery, jeszcze nieco za wysoka. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 8. do 14. IX. 1907 urodziło się dzieci żywo 67, nieżywo 3; zmarło osób 39, (w tem z gruźlicy 8 (obcych 3), zapalenie płuc 5, płonicy 2 (1), cholerыny niemowląt 3, śmierci gwałtownej 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. do 21. IX. 1907 było przypadków: odry 5, płonicy 4, duru brzusznego 1, błonicy 2, grypy 2 † 2, róży 5. *W.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego, rozszerzającą Doc. Dr A. Wrzoskowi »veniam legendi« z zakresu lekarskiej hodegetyki.

— Magistrat urządza nareszcie 12-dniowy kurs desinfektorów, który się rozpocznie dnia 7. października pod kierunkiem lekarza miejskiego Dra Bernacińskiego. Na kurs zapisało się 10 uczestników.

— »Wielki Kraków«. Uchwała Rady miasta z 19. b. m. ma bardzo doniosłe znaczenie pod względem sanitarnym, a przyłączenie gmin podmiejskich z tego względu było już oddawna wprost konieczne. Kraków obecny jest miastem najgęściej zaludnionym w całej Austryi, gdyż na przestrzeni 6·88 klm. (wliczając błonia) mieszka 103,000 mieszkańców, obecnie rozszerzy się miasto o 28·77 klm., a przybędzie mu tylko 43,331 mieszkańców — same cyfry przemawiają za siebie. Gminy podmiejskie stanowiły i dotychczas właściwie jedno sanitarne ciało, odbijające się niekorzystnie na Krakowie pod względem statystycznem, gdyż odrębności ich w zestawieniach nie uwzględniano, asanizacyjnie zaś nic się w nich nie robiło. Uchwała Rady miasta, o ile ją Sejm zatwierdzi, uwolni przecież raz miasto od grozy ciągłych epidemii, które miały stałe siedlisko w niektórych gminach podmiejskich, a które dadzą się łatwo usunąć po ich przyłączeniu przez wprowadzenie odpowiednich urządzeń sanitarnych.

— Towarzystwo Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej w Zakopanem »Pomoc Bratnia« wydało sprawozdanie za rok 1906/7. W roku tym leczyło się w Domu Zdrowia osób 69, wyszło z wyraźnem polepszeniem i zupełną zdolnością do pracy 17·4 prc., z poprawą 20 prc., bez zmiany stanu 30 prc., z pogorszeniem 17·4 prc., zmarło 5·8 prc. Towarzystwo walczy z niezmiernemi trudnościami finansowemi pomimo, że zasługuje ze wszech miar na poparcie społeczeństwa i że się o nie skrzętnie stara; jednakże rok ostatni był dla Towarzystwa szczególnie ciężki, ponieważ wskutek obecnych stosunków krajowych młodzież warszawska prawie zupełnie nie może Towarzystwa popierać, a odwoływanie się do pomocy szerszych kół wydaje niezmiernie małe wyniki. Na początku roku 1906/7 zagrażał Towarzystwu niedobór przeszło 20,000 koron; zażegnała go jedynie niezwykła ofiarność kilku jednostek i bardzo oszczędna gospodarka, oraz — przymusowe — ograniczenia w przyjmowaniu chorych niezamożnych t. j. nie mogących za siebie nawet części

kosztów pokrywać. Nadto musiało Towarzystwo w tych warunkach nabyć dom, dotąd na sanatoryum wynajmowany, na własność; kupno to przymusowe doszło do skutku znów tylko dzięki kilku jednostkom, które za Towarzystwo nie wahały się poręczyć. Wobec tego jest rzeczą niezrozumiałą, dlaczego dotąd nie przekazano Towarzystwu dość znacznej kwoty (6,000 K) zebranej na budowę sanatoryum akademickiego w »Czytelni akademickiej« w Krakowie. Podając tę krótką wiadomość o działalności sanatoryum młodzieży, pragniemy zwrócić uwagę naszych czytelników na tę, ze wszech miar godną poparcia instytucyę.

— Minister oświaty zatwierdził następujący skład komisyi dla rygorozów lekarskich: komisarze rządowi: Dr Bielański i Prof. Ponikło, koegzamitorowie: Prof. Bujwid, Pareński, Piltz, Dr Zoll, Prof. Reiss, Pieniążek, Rutkowski.

Lwów. Prezydyum magistratu zwołało na dzień 10. września b. r. ankietę w sprawie wprowadzenia we Lwowie pożytecznej instytucyi »Kropli mleka«. Postanowiono rozpocząć od urządzenia przedewszystkiem wzorowej stajni w jednej z ubikacyi rzeźni miejskiej, mogącej pomieścić 6—8 krów zdrowych, które ma zakupić gmina m. Lwowa.

— Rada miasta Lwowa wydelegowała na kongres higienistów w Brukseli Dra Legeżyńskiego.

— Sejm krajowy uchwalił, by objąć w zarząd kraju domeny i lasy państwowe w Galicyi. Z uchwałą tą łączy się dobro Krynicy i Burkuta.

Warszawa. Magistrat miasta Warszawy otrzymał zawiadomienie, że uzyskał prawo zarządzania majątkami zakładów dobroczynności w tym samym zakresie, jak to dawniej przysługiwało radzie i naczelnikowi zakładów dobroczynnych. Magistrat przejmie na siebie wszelkie zobowiązania, ciążące na dawnej radzie. Kolegium magistratu ma być powiększone przez zaproszenie obywateli miejskich fachowców, a z dawnej rady pozostaje tylko inspektor lekarski, który będzie miał nadzór nad szpitalami. Umiastowienie zakładów dobroczynnych nastąpi d. 14. listopada b. r. Magistrat ma obmyśleć środki na pokrycie długów dawnej rady, oraz wyasygnować 200,000 rubli na cele szpitalne z funduszów, przeznaczonych na budowę rzeźni centalnej.

— Szpitale warszawskie znajdują się w bardzo przykrem położeniu pomimo, że mają być objęte w zarząd miasta. Objęcie to nastąpi bowiem dopiero w listopadzie, obecnie zaś już dostawcy upominają się o zapłacenie długów i nie kwapią się z dostawami. Położenie maluje najlepiej to, że do licytacyi na dostawę opału dla szpitali nie stanął żaden dostawca.

— Minister oświaty rosyjski przeniósł dwóch profesorów uniwersytetu warszawskiego do Odessy na czas zamknięcia uniwersytetu w Warszawie.

Z różnych stron. Rada miasta Saratowa ofiarowała przyszłemu uniwersytetowi 1,000,000 rubli na urządzenie, grunta na budowę zakładów i klinik, prawo umieszczania klinik w szpitalach miejskich i na tymczasowe urządzenie kursów uniwersyteckich 123,000 rubli.

— W Salcburgu uchwaliło zgromadzenie profesorów wyższych zakładów naukowych następującą rezolucyę: 1) przy dopuszczaniu do nauczania powinna być pozostawiona zupełna autonomia zakładom naukowym; 2) grono profesorów winno przy dopuszczeniu do docentur stawiać najwyższe wymagania, ale dopuszczać kandydatów we wszystkich dziedzinach wiedzy; nie powinno dopuszczać osób, któreby przez swoje życie lub stanowisko nie kwalifikowały się do nauczania lub samodzielnej pracy; 3) docenci i profesorowie nadzwyczajni powinni w gronie profesorów znaleść należne im stanowisko; 4) docentom i profesorom bezpłatnym należy stwarzać posady »ad personam«, a nie mogącym zarabiać udzielać pensyi i stypendyów.

— Prof. Koch powraca z Afryki, gdzie ukończył już badania nad śpiączką.

Mianowani: Dr Kwaśniewski profesorem anat. porówn. we Lwowie.

Odznaczeni: Dr Adolf Lukas we Lwowie otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

Zmarli: Dr Henryk Mendelsburg w Krakowie; Dr Ludwik Fankanowski, jeden z najwybitniejszych lekarzy łódzkich, założyciel i dyrektor tamtejszego polskiego gimnazyum, gniazda Tow. opieki nad dziećmi i wielu innych instytucyi społecznych; Dr Bolesław Żebrowski w 30 r. ż.; Dr Karol Kohn wydawca czasopisma »Oesterr. Aerztl. Vereins-Zeitung«.

Redakcya otrzymała. Dr Oswaldo G. Cruz, director general di Saude publica: Relatio, apresentado ad ministro di justiça e negocios interiores. Rio de Janeiro 1907. — Sprawozdanie zarządu Towarzystwa Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej w Zakopanem za r. 1906/7. — Dr H. L. Kretschner (Chicago): Beitrag zur Frage der essentielen Nierenblutung. »Zts. f. Urol.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin, jako środek leczący wiewióra, poleca gorąco Dr D. Schwarz z Pragi (»Wien. klinisch. Rundschau« 1907, Nr 34). Środki balsamiczne nie odpowiedziały pokładanym w nich nadziejom, co najwięksi ich zwolennicy przyznać muszą. Arhovina przewyższa środki balsamiczne wskutek tego, iż nie wywiązuje szkodliwych działań ubocznych, właściwym w mniejszym lub większym stopniu wszystkim środkom balsamicznym. Przy uznaniu dużego znaczenia wewnętrznego leczenia wiewióra należy z radością stwierdzić, iż coraz to liczniejsze spostrzeżenia tak wielu autorów składają się na krytyczną, a zawsze korzystną podstawę do uznania tego środka. Wzorowo przedmiotowy ton pracy powyższej, wolny od wszelkiej przesady, zniewala do zastanowienia się nad osiągniętymi wynikami i nad wnioskami. Przy zapaleniu cewki ostrem jakoteż przewlekłem (bez nacieków) osiągnięto we wszystkich przypadkach pożądany skutek. S. poleca wewnętrznie 6—9 kapsułek dziennie, branych po jednej w ciągu dnia. W ostrych przypadkach zestawiał autor wewnętrzne leczenie arhoviną, działającą kojąco na ból i zmniejszającą wydzieliny, ze wstrzykiwaniami przetworów srebra, względnie środków ściągających. W przypadkach przewlekłych stosował równocześnie kapsułki arhovinowe wewnętrznie i 3 razy dziennie pręciki arhovinowe miejscowo, a po ustąpieniu podmiotowych objawów podrażnienia i wyjaśnieniu się moczu dodawał wskazane w danym przypadku leczenie miejscowe. Arhovina stanowi zdaniem S. postęp w stosunku do przedtem używanych środków; działa znieczulająco, zmniejsza wydzielinę, wstrzymuje rozwój gonokoków w wysokim stopniu, podnosi kwasotą moczu lub sprowadza ją, wyjaśnia mętny mocz. Zastosowany w czasie właściwym zapobiega ten środek posunięciu się sprawy chorobowej na cewkę tylną i powstaniu procesu przewlekłego. (Fabryka: Chemisches Institut Dr Horowitz — Berlin N. 24). *Hr.*